LES POINTS PHRÉNIQUES DOULOUREUX DANS LE PALUDISME AIGU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1908

PAR

Marcel LÉVY

Né à Saïda (Algérie), le 21 juillet 1882

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER (1905-1907)

Médaille d'Honneur des épidémies (1905)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻)
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique.		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président*.	MM. LAGRIFFOUL, *agrégé*.
BAUMEL, *professeur*.	GAUSSEL, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

AUX MIENS — A MES AMIS

M. LÉVY.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CRESPIN

MÉDECIN DES HOPITAUX D'ALGER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

M. LÉVY.

AVANT-PROPOS

Avant de franchir le précipice qui nous lancera dans l'inconnu de la profession nouvelle, au moment où nous allons essayer de pouvoir voler de nos propres ailes, nous considérons comme un devoir sacré de jeter un regard sur notre vie passée et de remercier tous ceux qui ont contribué à faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Quelles paroles pourront jamais exprimer notre gratitude à notre bonne mère qui, par un travail de tous les instants, a réussi à nous conduire au terme de nos études.

Remercions aussi notre épouse bien-aimée qui fut notre compagne dévouée aux heures de peine et d'ennui.

Que M. le docteur Crespin, qui nous inspira le sujet de notre thèse et qui fut notre chef de service à l'ambulance d'El-Kettar, reçoive ici tout le témoignage de notre reconnaissance.

Que M. le professeur Soulié qui, par ses petites leçons pratiques à l'Hôpital, nous apprit à aimer la bactériologie, que MM. les professeurs Brault, qui fut notre premier Maître, et Cange, avec qui nous terminâmes nos études, soient assurés de notre profond dévouement.

Remercions aussi de leur sollicitude et de leurs doctes conseils les professeurs Curtillet, Vincent, Ardin-Delteil, Trolard, Rey, Goinard, Scherb et Cabanes, nos Maîtres de

l'Hôpital les docteurs Battarel, Salièges, Sabadini, Denis, Lemaire et Dumolard.

Enfin nous ne terminerons pas sans témoigner l'assurance de notre inaltérable amitié au docteur Foltz qui, pendant quatorze ans d'intimité, eut maintes fois l'occasion de nous donner des preuves de son bon cœur et de son dévouement, et aux camarades de garde, les docteurs Pellat, de Mouzon, Ciavaldini, Karouby et J. Vialet.

LES

POINTS PHRÉNIQUES DOULOUREUX

DANS

LE PALUDISME AIGU

En dépit des travaux remarquables parus dans ces dernières années sur le paludisme, il est encore beaucoup de points qui restent à fouiller et à éclaircir. Sans doute l'agent pathogène de la maladie a été surabondamment décrit ; ses transformations dans l'organisme humain et dans l'organisme du moustique sont parfaitement connues, et l'étiologie de la maladie s'est éclairée avec l'introduction dans la science de ces données nouvelles.

Il en est de même du diagnostic. Sa constatation dans le sang de l'hématozoaire de Laveran lève tous les doutes et dans certaines circonstances le diagnostic n'eût pas été possible sans cette constatation ; quant au traitement il aurait été aveugle, ce qui est bien la pire des choses.

Mais la question n'est pas vidée, loin de là. En effet, la recherche de l'hématozoaire dans le sang est parfois très facile, enfantine pour ainsi dire ; elle est souvent très difficile, soit en raison de la technique un peu déli-

cate, soit en raison du petit nombre d'hématozoaires circulant dans le sang périphérique.

Aussi bien cette recherche devient un procédé de laboratoire, et s'il est permis d'affirmer le diagnostic du paludisme quand on trouve l'hématozoaire dans le sang humain, il n'est pas permis d'éliminer ce diagnostic quand, à la suite d'un examen ou de plusieurs examens du sang, on n'a pas décelé cet organisme. Rappelons-nous que Laveran reconnaît qu'il faut parfois plusieurs heures pour distinguer une forme parasitaire dans le sang. Sa conviction, par contre, est tout de suite fermement établie à la constatation d'un seul hématozoaire, celui-ci étant souvent assez caractéristique pour emporter le diagnostic.

Devant les difficultés de cette recherche de l'hématozoaire, on doit donc ne pas négliger les autres moyens de diagnostic qui sont susceptibles de venir en aide au clinicien éloigné des laboratoires et aux prises avec les difficultés de la vie professionnelle. Ce n'est pas, en matière de paludisme comme en toute autre matière, qu'un seul signe peut être recherché. Le mirage des signes dits pathognomoniques s'écarte de plus en plus de nos conceptions, en dehors bien entendu de la constatation de l'agent causal.

Aussi, sans vouloir étudier en détail le diagnostic du paludisme, j'ai cantonné mon travail au paludisme aigu, et j'ai surtout voulu mettre en relief un point qui a son importance dans le diagnostic du paludisme, je veux parler de la constatation des points phréniques douloureux. Je diviserai ce travail en quatre parties ou chapitres. Dans le premier chapitre, je traiterai du diagnostic du paludisme aigu en général, tel qu'on peut le trouver décrit dans les livres classiques. Dans le second

chapitre, je mettrai en relief l'existence des points phréniques douloureux dans le paludisme aigu. Dans le troisième chapitre, je produirai des observations qui montreront tout l'intérêt de cette donnée. Enfin, je terminerai par quelques conclusions d'utilité pratique.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC DU PALUDISME AIGU

Il y a un certain nombre de cas où le diagnostic de paludisme s'impose. Il est certain que la fièvre tierce et la fièvre quarte ne se rencontrent que dans le paludisme ; un intervalle d'un jour et de deux jours entre les accès, d'ailleurs caractérisés par les trois stades, suffit pour entraîner la conviction. Dans beaucoup d'autres circonstances, le diagnostic est, au contraire, très ardu. C'est dans le cas de fièvre à type quotidien (double tierce ou triple quarte), de fièvre rémittente et continue, que l'on hésite le plus longtemps.

Les éléments du diagnostic reposent généralement :

1° Sur les caractères de la fièvre ;

2° Sur l'examen du sang ;

3° Sur les effets des médicaments spécifiques, la quinine.

Voilà les trois éléments principaux du diagnostic général. Il y en a d'autres, tirés des antécédents du malade (accès anciens), de son habitus (teinte terreuse, aspect général du paludéen chronique), de l'époque de l'apparition de la fièvre (saison estivale ou saison automnale), de la provenance du malade arrivant d'une localité notoirement fiévreuse, l'herpès post-fébrile qui n'existe guère

que dans la pneumonie et la fièvre éphémère à un degré aussi marqué (Laveran).

Tous ces éléments peuvent rendre des services, mais ils sont trompeurs, car ils ne sont pas pathognomoniques.

1° *Caractère de la fièvre.* — Une grave question se pose tout de suite. Est-il dangereux d'attendre quelques accès pour être fixé sur la nature de la fièvre et instituer le traitement ? « Dans les pays tempérés, dans les pays où l'endémie palustre n'a pas beaucoup de gravité, il est bon de constater deux ou trois accès de fièvre avant d'intervenir, à moins, bien entendu, que l'examen du sang n'ait révélé l'existence des parasites, auquel cas on peut agir immédiatement, le diagnostic n'étant pas douteux ». Ainsi s'exprime Laveran, et c'était aussi la recommandation de Trousseau. C'est un peu ce que l'on fait pour les angines blanches. Si celles-ci ont les caractères cliniques de la bénignité, on attend, pour injecter le sérum de Roux, que le diagnostic bactériologique de diphtérie soit fait. Dans le cas contraire, on injecte immédiatement le sérum sans attendre le résultat de l'examen des fausses membranes.

Cette expectation peut être utile aussi au point de vue de l'étude. Koch a laissé évoluer des fièvres palustres pour mieux se rendre compte de leurs allures, de leurs formes, et ses travaux, basés sur l'observation de la marche spontanée des fièvres, sont du plus haut intérêt. Une fois bien établi le type de la fièvre palustre, il n'y a pas de danger à attendre quelques accès avant de donner la quinine, s'il s'agit du type tierce et du type quarte, ce que l'on ne peut savoir sûrement qu'à l'aide de l'exa-

men du sang permettant de découvrir l'espèce ou la variété des parasites en cause.

Les types espèces sont faciles à diagnostiquer, d'après l'interrogatoire seul du malade : le type tierce et le type quarte peuvent être étudiés à loisir chez les individus ayant les émonctoires et les autres organes en bon état, et dans ces conditions ils ne donnent lieu ni à des accès pernicieux, ni à des accidents pernicieux.

Le principal caractère des fièvres paludéennes, c'est l'intermittence, signe qu'autrefois l'on croyait absolument pathognomonique, surtout quand il s'accompagnait de la triade classique : frisson, chaleur, sueurs. On sait aujourd'hui que l'intermittence peut se rencontrer dans une foule de maladies, dans toutes les suppurations (abcès du foie), dans la tuberculose pulmonaire et même dans la fièvre typhoïde des pays chauds. Du reste, dans les fièvres palustres les mieux établies, le frisson et les sueurs peuvent manquer totalement, et ces mêmes signes peuvent exister au complet dans les fièvres intermittentes de toute nature.

Quant à l'heure de la fièvre, elle est à considérer, les accès palustres se montrant souvent de minuit à midi, tandis que les fièvres de suppuration, les fièvres hectiques, éclatent généralement le soir. Il y a des exceptions à cette règle, venant non seulement de ce que la fièvre palustre peut se manifester le soir, mais encore de ce que d'autres fièvres à accès peuvent se manifester dans la matinée (par exemple granulie avec type inverse de la température).

Il n'en est pas moins vrai que l'intermittence est un signe précieux dans beaucoup de cas, et qu'il faut savoir la dépister dans certaines fièvres continues ou subcontinues qui ne sont continues qu'en apparence. Aussi, dans les fièvres des pays palustres, faut-il s'efforcer de faire de

nombreuses explorations thermométriques pendant les 24 heures. On peut alors saisir des intermittences qui nous échapperaient si la température n'était prise que le matin et le soir.

Un autre caractère de la fièvre palustre, c'est qu'elle récidive avec la plus grande facilité. Une fièvre continue peut devenir quotidienne et *vice versa*; et les accès intermittents donnent souvent la clef d'une maladie fébrile continue antérieure. Le retour à période fixe, chaque année, d'accès plus ou moins intermittents, sert à établir presque à coup sûr le diagnostic de paludisme.

2° *Examen du sang*. — Il consiste à rechercher et à trouver les hématozoaires et les leucocytes mélanifères. Par conséquent, il importe de ne pas se laisser tromper par des éléments qui peuvent avoir plus ou moins l'aspect de ces corps caractéristiques.

Des hématies déformées peuvent en imposer pour des parasites. Nous renvoyons aux traités spéciaux, en particulier au livre *Précis du Paludisme* du docteur Crespin (p. 311), pour l'indication des précautions à prendre dans l'extraction du sang. Si ces précautions sont prises, les chances d'erreur sont bien minimes, surtout dans les préparations de sang frais. Il est plus commun de commettre des erreurs en examinant le sang desséché et coloré, où les opérations de fixage, de séchage et de coloration ont pour effet, si elles ne sont pas bien exécutées, de déformer les globules, donnant à certaines portions d'entre eux l'apparence de parasites inclus dans leur substance. C'est ainsi que les vacuoles aperçues dans les globules rouges simulent jusqu'à un certain point les hématozoaires. Ces vacuoles se voient particulièrement dans des hématies crénelées lorsque le sang est extrait depuis un certain temps. Fréquemment, le débutant

s'imagine qu'il a affaire à des hématozoaires. Le praticien expérimenté ne s'y trompe pas, car il a pris l'habitude de distinguer le parasite à son éclat réfringent, cet éclat particulier que M. Crespin a comparé à l'éclat de la perle fine (1) et qui n'appartient pas du tout aux vacuoles. De plus, celles-ci sont dépourvues de mouvements amiboïdes si caractéristiques des corps de Laveran. Elles ne renferment pas de grains de pigment dans leur intérieur et ne prennent pas les colorants, à moins que fortuitement quelque parcelle de matière colorante ne se porte à leur niveau, auquel cas l'examen attentif de la forme des vacuoles colorées et des vacuoles voisines non colorées fixera le diagnostic.

Il est plus difficile de reconnaître les hématozoaires quand ceux-ci sont en partie détruits et réduits en fragments devenus libres dans le sang. Alors ces parasites sont complètement déformés et méconnaissables pour la plupart.

Les gros parasites pigmentés de la tierce et de la quarte sont très faciles à voir, surtout quand il s'agit d'un malade n'ayant pas pris de quinine.

Dans les cas de fièvre continue, d'accès pernicieux, dans les types graves, il n'y a souvent dans le sang que de petits hématozoaires non pigmentés, qu'il est plus difficile de déceler. Dans les accès pernicieux, le nombre d'hématozoaires circulant dans le sang périphérique est quelquefois très restreint; mais à côté des petites formes pigmentées ou non, propres aux formes malignes, on

---

(1) Crespin. — L'hématozoaire de la malaria. Ses diverses formes envisagées au point de vue de leur correspondance en clinique (*Gazette des Hôpitaux*, 25 avril 1903).

peut rencontrer des croissants qui sont excessivement faciles à distinguer et ne disparaissent qu'à la longue, malgré la guérison. Des rosaces se voient surtout dans la quarte, moins fréquemment dans la tierce. Les flagelles sont moins rares quand on a affaire à une fièvre « à croissants ».

Ce que nous venons de dire reproduit d'ailleurs l'opinion des parasitologues les plus éminents. Ainsi Manson (traduction française, page 53) dit : « L'étudiant pourra non seulement diagnostiquer l'infection malarique, mais il pourra encore reconnaître le type de n'importe quelle infection, la périodicité du cycle fébrile, et peut-être même la gravité probable d'un cas donné... »

Outre l'hématozoaire, un autre élément caractéristique du sang paludéen, c'est le leucocyte mélanifère. Les leucocytes peuvent renfermer le pigment noir, qui est surtout très apparent dans le sang frais parce qu'il tranche par sa belle coloration noire sur la blancheur du globule blanc. Les colorants et les liquides fixateurs sont susceptibles d'altérer le pigment, mais ne le font pas disparaître des leucocytes. Parfois, dans des tumeurs mélaniques, il est possible de rencontrer dans le sang des grains noirs enfermés ou non dans les globules blancs. Mais les affections mélaniques sont peu communes et ont des signes propres permettant d'éviter la cause d'erreurs signalée.

3° *Effets de la quinine.* — La quinine agit fort bien dans les types intermittents palustres, alors qu'elle n'a que peu d'action sur les accès intermittents relevant de maladies autres que le paludisme (tuberculose par exemple). Cela n'est pas absolument exact. Si la fièvre intermittente des tuberculeux résiste à la quinine comme à tous les médicaments, surtout à la période cavitaire, le

médicament peut réussir dans des accès intermittents non paludéens, par exemple dans le stade aux grandes oscillations de la fièvre typhoïde.

Par contre, dans les fièvres continues, la quinine n'a pas une action bien nette.

Nous sommes donc bien armés pour dépister le paludisme aigu ; mais, comme nous venons de le dire, ces moyens ne sont pas infaillibles, et, en prévision d'un cas de paludisme aigu, surtout quand la gravité exige une action prompte et énergique, il serait imprudent de se fier absolument à l'un quelconque des signes énoncés pour établir le diagnostic. Il faut analyser cliniquement le cas, c'est-à-dire porter ses investigations sur toutes les particularités de la maladie aiguë et fébrile à laquelle on a affaire. C'est pourquoi les cliniciens doivent s'efforcer de préciser davantage les signes et symptômes déjà connus, et de mettre au jour, si possible, d'autres signes qui viendront grossir le faisceau des preuves recherchées. Un signe, si petit soit-il, a sa valeur quand il est uni à d'autres. Aussi, en dehors des trois grandes caractéristiques de l'accès palustre (intermittence, hématozoaire, réaction à la quinine), il est bon de ne rien négliger des éléments susceptibles d'apporter quelque peu de lumière dans un problème, en somme, souvent difficile à résoudre.

La teinte terreuse des malades, due à la mélanémie, et qui s'observe dans le paludisme chronique, peut aussi s'installer très rapidement, quelquefois après un seul accès. Le docteur Boisson signale la teinte ardoisée sous-unguéale au moment de l'accès et même avant. M. Crespin (1) dit qu'il l'a vue seulement chez les paludéens chroniques.

(1) Le Paludisme chez l'enfant. Rapport au Congrès de Pédiâtrie d'Alger (page 45 du compte rendu général).

La tuméfaction de la rate est un bon signe de paludisme, nous verrons comment à cette tuméfaction de la rate correspondent des points phréniques dont nous étudierons la valeur diagnostique dans le chapitre II.

Avec quelle affection peut-on confondre le paludisme aigu ?

La fièvre éphémère des pays tempérés, les fièvres dites climatiques des pays chauds relèvent peut être d'organismes spéciaux encore indéterminés et leurs symptômes sont analogues à ceux des fièvres paludéennes, mais elles s'en distinguent par l'évolution bénigne, par l'absence des tuméfactions de la rate et du foie, par la guérison rapide sans administration de quinine.

La synoque de nos régions est probablement aussi une sorte de fièvre climatique et c'est aussi une sorte d'embarras gastrique fébrile. Ce dernier est fréquemment confondu avec la fièvre continue ou rémittente des pays chauds. Aujourd'hui on admet que l'embarras gastrique fébrile est une infection éberthienne, due au bacille d'Eberth lui-même ou à une variété de paratyphoïdes. Le séro-diagnostic sera souvent nécessaire pour trancher la difficulté.

La fièvre typhoïde débute rarement brusquement ; s'il y a une légère rémission le matin, la fièvre est d'ordinaire continue ; la diarrhée ne s'installe pas immédiatement comme dans l'accès paludéen. La rate est bien tuméfiée, mais sans atteindre les dimensions qu'elle présente dans le paludisme. La céphalalgie, le délire sont plus marqués dans la dothiénentérie que dans le paludisme ; les sueurs sont rares. Le séro-diagnostic de Widal est positif.

Dans les pays chauds, la fièvre typhoïde est souvent une fièvre rémittente avec des accès intermittents et des sueurs, des vomissements parfois énormes, comme dans

la scarlatine, à tel point que parfois l'on s'imagine avoir affaire à un empoisonnement. Griesinger, qui observait en Egypte, avait vu beaucoup de cas analogues. C'est surtout dans les formes hépatiques (1), décrites par M. Crespin et aussi le professeur Roger, et chez les enfants que la fièvre typhoïde prend cette allure. Un bon signe différentiel, c'est que, dans la fièvre typhoïde, le pouls est relativement lent par rapport à la température, tandis que dans le paludisme le pouls est en rapport avec la température.

La grippe a pour elle le catarrhe naso-pharyngé, les douleurs périoculaires ou intraoculaires, l'abattement très précoce, et très marqué, même dans l'apyrexie, la courbe thermique irrégulière. Il y a des cas difficiles dans lesquels on a pu faire le diagnostic, grâce à l'échec de la quinine dans la grippe.

Le paludisme peut simuler la tuberculose, aiguë ou chronique. En cas de granulie, la fièvre est toujours plus irrégulière, l'état généralement très grave et il y a une dyspnée intense.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire commune, il est nécessaire d'ausculter les malades avec grand soin, en s'inspirant des préceptes donnés par Grancher, et en se souvenant toutefois que la congestion du sommet d'un poumon d'origine paludéenne (pneumo-paludisme du Dr Brun) peut en imposer pour la tuberculose : mais on saura que le pneumo-paludisme est un phénomène passager, susceptible de changer de côté (Crespin et

---

(1) Déterminations hépatiques de la fièvre typhoïde en Algérie (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1897). De la fièvre typhoïde chez les enfants dans le milieu algérien (forme gastro hépatique). Congrès de pédiâtrie de Marseille, octobre 1898.

Maillert) (1). C'est généralement dans le paludisme chronique, bien qu'on puisse trouver des observations dans le paludisme aigu, que l'on rencontre le pneumo-paludisme.

Quand, dans le cours des fièvres paludéennes, les phénomènes bilieux sont très marqués, le diagnostic doit se faire entre le paludisme et un certain nombre d'affections. Telles la fièvre bilieuse hémoglobinurique, la typhoïde bilieuse, l'ictère grave, la fièvre jaune.

Dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, affection para-paludéenne, selon Le Dantec, il y a de l'hémoglobinurie qui ne se montre pas dans les accès palustres, et cette fièvre n'atteint guère que les vieux impaludés. Elle est moins rare en Algérie qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, et le Dr Sergent, au cours de ses campagnes antipaludéennes, en a décrit un certain nombre de cas.

La typhoïde bilieuse, décrite par Griesinger, n'est qu'une variété de typhus récurrent (relapsing fever). Elle ressemble beaucoup à une continue palustre bilieuse, mais la présence des spirilles d'Obermeïer dans le sang permettra la distinction.

L'ictère grave débute insidieusement ; la fièvre est généralement moins élevée que dans la rémittente bilieuse; du reste, les phénomènes d'ictère grave peuvent se montrer dans les fièvres palustres

Les abcès du foie s'accompagnent de symptômes qui orientent vers le diagnostic du paludisme. Dans l'abcès du foie, le foie est hypertrophié, mais la rate peut garder ses dimensions, ce qui est plus rare dans le paludisme, surtout quand les accès se prolongent. La fièvre, dans

(1) Crespin et Maillert. *Archives générales de médecine*, mars et avril 1901. Maillert (thèse de Lyon, 1902.)

l'abcès du foie, est plutôt vespérale, et la pression au niveau de l'organe détermine une douleur plus vive que dans le paludisme. Il y a toujours des antécédents dysentériques. On est autorisé, dans les cas douteux, à faire une ponction exploratrice dans le foie.

La méningite cérébro-spinale peut débuter comme un accès de fièvre paludéenne, avec phénomènes de rigidité (signes de Kernig, raideur de la nuque, etc.). L'évolution éclairera le diagnostic.

La fièvre intermittente hépatique, décrite par Charcot, est due à la migration des calculs dans les conduits biliaires. Il sera généralement facile de déceler les symptômes caractéristiques de la colique hépatique et les signes ordinaires de la lithiase.

Diagnostic des accès et accidents pernicieux. — M. Crespin (1) a montré combien il était rationnel de faire une distinction entre les accès et les accidents pernicieux, au triple point de vue de la clinique, de l'anatomie pathologique, de la parasitologie. Les premiers sont produits par un hématozoaire à virulence exaltée, de telle sorte que les réactions propres au terrain sont effacées ; les seconds sont provoqués par un hématozoaire, virulent ou non, agissant sur un terrain plus ou moins adultéré ; les premiers sont plus infectieux que toxiques, les seconds plus toxiques qu'infectieux (Crespin).

Au point de vue de l'ensemble des symptômes, accès et accidents pernicieux se ressemblent. Le diagnostic repose sur la constatation de l'insuffisance préexistante de tel ou tel organe, et aussi sur l'examen hématologique. Les accès pernicieux ne relèvent que de la petite forme

(1) Caducée, mai 1903. — Précis du paludisme, page 117.

de l'hématozoaire (*Hæmamœba parva*). Les accidents pernicieux sont dus à l'*Hæmamœba magna*.

Quand il ne s'agit pas de paludisme la recherche de l'hématozoaire dans le sang est négative. Mais il faut se souvenir que dans l'accès pernicieux vrai, les parasites sont souvent peu répandus dans le sang périphérique, et qu'au début, quand il n'y a pas encore de croissants, les parasites sont représentés par des petits amibes, peu ou pas pigmentés et difficiles à distinguer.

En dehors de l'examen du sang il est difficile de se prononcer. Le paludisme étant répandu partout, dans tous les pays où s'observent les accidents pernicieux, la question de provenance n'a que peu d'importance. De même la tuméfaction splénique est un signe souvent illusoire. De même encore l'efficacité de la quinine ne doit pas toujours nous impressionner, car si le médicament réussit en apparence, c'est peut-être que l'évolution de l'accident était terminée. Il serait évidemment commode de faire son diagnostic, si on avait assisté à la transformation d'accès intermittents en accès pernicieux, mais cela arrive rarement.

Ainsi, il est difficile de savoir si l'on a affaire à un coup de chaleur, à une insolation ou à un accès pernicieux. D'après certains, la température serait plus élevée dans le coup de chaleur où elle atteindrait 41°, que dans l'accès pernicieux où elle ne dépasse pas 40°. Le diagnostic avec l'hémorragie cérébrale ne se fera guère que par l'hémiplégie consécutive et par l'élévation thermique qui ne se manifeste dans l'hémorragie qu'au cas d'aggravation et seulement quelques heures après l'attaque.

Les accidents pernicieux algides ou cholériformes sont difficiles à différencier d'avec le choléra, d'autant mieux qu'ils s'observent de préférence dans les pays où cette

maladie est endémique. Et de fait on a dû méconnaître beaucoup de cas de choléra que l'on a confondus avec des accidents pernicieux. Il y a similitude parfaite des symptômes, avec toute fois l'absence de selles riziformes, qui peuvent également manquer dans le vrai choléra.

La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde ou la dysenterie peut simuler l'algidité du paludisme. Les commémoratifs et le développement de la péritonite permettent le diagnostic.

Toutes les formes d'accès pernicieux d'origine paludéenne peuvent être reproduites trait pour trait par un grand nombre de maladies, dans lesquelles on peut observer des phénomènes d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, d'insuffisance cardiaque. L'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique sont la base des accidents pernicieux de toute nature, palustres ou autres ; dans les accès pernicieux elles existent évidemment, mais proviennent directement du paludisme (accumulation de pigment dans ces émonctoires ou production d'une toxine spécifique). C'est dire que ces phénomènes relèvent d'auto-intoxications plus ou moins bien définies.

Quant aux accès algides, leur symptomatologie peut être réalisée par toutes les maladies dans lesquelles la fibre cardiaque, fléchissant tout à coup, entraîne le collapsus.

En somme, qu'il s'agisse d'accès paludéens simples, de fièvres rémittentes ou continues, d'accès pernicieux ou d'accidents pernicieux, le diagnostic demande à être serré de très près en usant de toutes les ressources que la clinique met à notre disposition, comme de celles que l'hématologie peut nous fournir. Mais malgré la sagacité et la patience déployées, ce diagnostic peut rester hésitant, incertain, surtout dans les pays chauds, où les maladies banales des pays tempérés peuvent prendre une forme

insolite, et dérouter les meilleurs observateurs, proposition vraie surtout quand il s'agit de fièvre typhoïde.

On est donc autorisé à chercher, dans le domaine de la clinique et aussi dans celui de l'hématologie, des signes qui sont susceptibles d'emporter rapidement la conviction, la rapidité du diagnostic permettant seule un traitement énergique et efficace.

Ayant eu l'occasion d'apprécier l'importance diagnostique des points phréniques droits et gauches, je crois qu'il est bon d'adjoindre aux signes courants du paludisme cette recherche qui est susceptible de corroborer un diagnostic douteux, ou même d'orienter le clinicien vers une fièvre de nature paludéenne, alors que les autres symptômes ou signes font défaut ou sont peu accentués.

CHAPITRE II

POINTS PHRÉNIQUES

Ce chapitre s'inspire presque exclusivement des travaux du docteur Crespin sur la névralgie diaphragmatique gauche palustre, car les auteurs sont muets sur cette question, à l'exception cependant de quelques médecins italiens qui, depuis l'an dernier, paraissent vouloir accorder une certaine importance à la névralgie et aux points diaphragmatiques palustres (Mancini, Sforza).

C'est dans la thèse d'un élève de M. Crespin, le docteur Claude (thèse de Montpellier, 1903), que je prendrai les renseignements touchant la névralgie diaphragmatique palustre, et c'est là que je trouve d'abord les deux observations publiées par M. Crespin dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* de Paris (5 novembre 1897). Comme ces observations sont le point de départ de toutes les déductions d'ordre clinique dans lesquelles j'entrerai, il me semble utile de les reproduire.

Observation Première

Annunciato J..., 32 ans, jardinier, ayant contracté les fièvres palustres il y a deux ans, au Ruisseau, localité des environs d'Alger, les accès reparaissent tous les ans, au

mois d'octobre après les premières pluies ; ils sont en général quotidiens, persistent pendant un mois ou deux et finissent par céder au sulfate de quinine.

En octobre 1896, et après des pluies abondantes, Annunciato J... éprouva un jour en travaillant une douleur vive dans la région de la rate, douleur qu'il connaissait bien, puisqu'elle lui annonçait d'ordinaire, pour les jours suivants, l'éclosion d'un violent accès de fièvre. Cette fois, en dépit de la douleur splénique dont l'intensité augmentait de jour en jour, l'accès ne vint point ; mais le quatrième jour, après le début de ses souffrances et à 10 heures du matin, le 16 octobre, il sentit tout d'un coup, dans l'hypocondre gauche, une douleur extrêmement vive, insupportable, amenant presque une syncope ; puis cette douleur s'irradia dans le thorax, le long du bord gauche du sternum, dans les régions sus-claviculaire, occipitale et jusque dans le bras du même côté.

Ce malade, cinq minutes après le début de la crise, était assis sur son lit absolument couvert de sueurs, sa physionomie exprimait l'angoisse la plus profonde ; presque aphone, il évitait de respirer en raison de ses souffrances que chaque mouvement respiratoire accroissait. Par instants un hoquet très violent le secouait. La température était normale, le pouls battait 136 fois à la minute.

Une injection de morphine ayant atténué considérablement les phénomènes douloureux, je pus constater que l'hypocondre gauche était rempli par la rate, très douloureuse au palper, très hypertrophiée.

Je déterminai par la pression un certain nombre des points douloureux classiques de la névralgie diaphragmatique : le point de Guéneau de Mussy, le point sternal, le point sus-claviculaire, sans parler des points phréniques déterminés par la palpation de la rate, ces derniers points

n'étant pas limités, comme les autres, à un territoire très restreint, mais diffusant au contraire dans toute une région qui paraissait répondre à la superficie de la rate, c'est-à-dire à la capsule de cet organe. Pas de points apophysaires.

Il n'y avait d'ailleurs aucun stigmate d'hystérie, la percussion et l'auscultation du thorax indiquaient que la plèvre gauche était intacte. En raison des antécédents palustres du malade, je prescrivis 1 gr. 20 de chlorhydrate de quinine, en trois fois.

Le lendemain, 17 octobre, vers 9 heures du matin, je ponctionne la rate avec une seringue de Pravaz et je constate dans le sang ainsi retiré les sphériques et les corps en croissant que le professeur Laveran nous a appris à regarder comme caractéristiques de la maladie. A 10 heures du matin, c'est-à-dire à la même heure que la veille, un accès de névralgie éclate, mais avorté pour ainsi dire ; l'angoisse est moins vive, mais les points phréniques douloureux qui étaient devenus presque imperceptibles dans la journée précédente sont redevenus nettement appréciables.

Le 17 octobre, même dose de quinine. Le 18, pas d'accès : suppression de la quinine à titre d'essai. Le 19 octobre très violent accès de névralgie phrénique plus violent peut-être que le premier jour ; une injection de morphine amène le calme. Le 20 octobre, grâce à la quinine administrée la veille à la dose de 1 gr. 50, pas d'accès, mais dans la matinée sensibilité très vive de la rate. La quinine est continuée à la dose de 1 gr. 20 par jour pendant 3 jours ; les accès ne reparaissent plus et le 23 octobre j'abaisse cette dose à 1 gramme pour supprimer complètement le médicament le 28. A cette date dernière je puis constater que la rate est à peine appréciable à la palpation

alors qu'auparavant elle avait cette configuration et ce volume qui la font désigner pittoresquement sous le nom de « pain de munition ».

Observation II

Thérèse C..., infirmière, 28 ans, à l'hôpital de Mustapha, paludéenne d'ancienne date ; elle a contracté les fièvres à l'âge de 8 ans, à Aumale. Depuis lors, elle a eu fréquemment des accès de fièvre, dans la saison estivale particulièrement. Cependant, depuis 2 ans, c'est-à-dire depuis qu'elle a élu domicile à Alger, les accès ne se sont plus montrés malgré le travail excessif auquel cette infirmière a dû se livrer. Le 1er août 1897, à 5 heures du soir, et après avoir souffert pendant plusieurs jours d'une douleur sourde et assez violente au niveau de l'hypocondre gauche, Thérèse C... est prise subitement d'un accès de suffocation effrayant ; l'interne de garde, appelé auprès d'elle, la trouve sur son lit, baignée de sueurs, apnéique et se comprimant violemment avec les mains la région splénique, compression qui paraît diminuer la douleur alors qu'une pression superficielle l'exagère considérablement. Interrogée sur le siège et la nature de ses souffrances, la malade peut à peine répondre, mais arrive néanmoins à faire comprendre que la portion gauche du thorax et l'hypocondre gauche sont les régions les plus douloureuses, alors que les régions occipitale et axillaire du même côté sont seulement endolories. Elle compare ces douleurs à une sensation de fer rouge, susceptible de s'exacerber par instants surtout par voie ascendante, de la région splénique à la région sus-claviculaire en suivant le bord gauche du sternum. Les mouvements respiratoires sont rares,

exaspérant les douleurs ; le pouls bat 124 fois à la minute. La température reste normale. Une injection de morphine réussit à calmer cette crise, rendant possible l'examen. Il est facile de constater que la région splénique, particulièrement dans sa partie supérieure, est très douloureuse à la pression, et que les points classiques de la névralgie phrénique existent tous à part les points apophysaires qu'on ne peut déceler. Il n'y a pas de hoquets. Aucun stigmate hystérique, aucun signe d'inflammation de la plèvre gauche. On institue un traitement approprié : nervins et quinine à la dose de 1 gr. 50. Le lendemain soir, léger malaise représentant un accès avorté de la névralgie phrénique. La quinine fut continuée pendant 7 à 8 jours ; les points douloureux disparurent peu à peu, et c'est la douleur au niveau de la rate qui persista la dernière en diminuant d'intensité de jour en jour. Le 9 août on constate que cet organe est presque revenu à ses dimensions normales et que la pression exercée au niveau de l'hypocondre gauche ne provoque qu'une douleur insignifiante. L'examen du sang n'a pu être fait dans ce dernier cas.

La thèse de Claude renferme en outre quatre observations qui sont non moins démonstratives.

Le docteur Sforza, médecin des hôpitaux de Rome, a publié dans *Il Policlinico* (7 janvier 1907, fascicule 1 *bis*, page 20), une note relative à la douleur du phrénique au cou dans les affections viscérales. C'est en somme l'existence, au niveau des scalènes, de points douloureux que M. Crespin nous a appris à rechercher dans le paludisme aigu, où ils ont une réelle valeur, comme j'espère le bien mettre en évidence.

Enfin, le docteur M. Mancini (*Policlinico*, 1907, fascicule 5, note in *Bulletin médical*, 9 février 1907) a relaté un cas de névralgie d'origine palustre dont il n'a pas

trouvé d'analogue dans la littérature médicale italienne, pourtant si riche en observations de toutes sortes sur les diverses manifestations de la malaria et malgré la fréquence bien connue des manifestations névralgiques de cette infection. Il s'agissait d'une névralgie du nerf diaphragmatique. Le malade en question fut admis à l'hôpital avec une fièvre de type irrégulier et un syndrome névralgique intéressant le nerf phrénique droit. Bien qu'il présentât une légère tuméfaction de la rate, on ne trouva rien d'anormal dans son sang, et on supposa, en conséquence, qu'il était atteint de pleurésie diaphragmatique. On le soumit donc à une médication antirhumatismale, mais la fièvre et les douleurs ne firent qu'empirer; on pratiqua de nouveau l'examen hématologique, qui, cette fois, permit de déceler des formes semi-lunaires et amibiennes d'hématozoaires de Laveran. On s'empressa alors d'administrer la quinine, qui ne tarda pas à amener la guérison.

La névralgie diaphragmatique palustre existe donc, mais elle ne paraît pas fréquente ; c'est ce que M. Crespin d'abord, M. Mancini ensuite viennent déclarer. On voit, en effet, que Claude n'a pu réunir que six observations de cette névralgie, alors que les auteurs classiques. français, italiens et, pouvons-nous ajouter, allemands et anglais n'en paraissent pas soupçonner l'existence. Ni dans Davidson, Manson, Manneberg, Schenk, etc., on ne voit mentionner la névralgie diaphragmatique palustre, pas plus d'ailleurs que dans Kelsch et Kiener ou Laveran. Ce dernier auteur, dans sa dernière édition (1906), relate seulement les travaux de notre maître sur ce point.

Rappelons-nous le trajet du nerf phrénique. Il naît par plusieurs racines, dont l'une part du troisième, une autre

du quatrième, et la dernière du cinquième nerf cervical (un filet nerveux du deuxième nerf cervical vient se joindre aux précédents). Le petit tronc formé par ces racines fusionnées croise la face antérieure du muscle scalène antérieur, longe ensuite le bord interne de ce muscle et pénètre dans la poitrine en passant entre l'artère et la veine sous-clavière, en dehors du pneumo-gastrique et du sympathique, tandis qu'à gauche, il passe en arrière du tronc veineux brachio-céphalique, tout en restant parallèle à l'artère sous-clavière. Puis le phrénique se place entre la plèvre et le péricarde, croise la crosse de l'aorte à gauche, longe parallèlement la veine cave supérieure ; à droite, il descend verticalement au devant de la racine du poumon et arrive à la face supérieure du diaphragme.

Le nerf se divise alors : 1° en rameaux sous-pleuraux qui rampent sur la face correspondante du diaphragme ; 2° en rameaux sous-péritonéaux qui traversent le centre phrénique et se distribuent sur la face inférieure du muscle. Claude a étudié spécialement ces rameaux sous-péritonéaux qu'il a pu suivre jusqu'au foie et à la rate. Il a vu s'épanouir ces rameaux sur la face supérieure du foie, sur l'extrémité supérieure et la face externe de la rate (imprégnation par le nitrate d'argent). Il a vu que ces rameaux ne dépassaient pas l'épaisseur de la capsule fibreuse de la rate, et que très rares étaient ceux qui parviennent jusqu'à la base d'implantation des travées principales.

Le traité de médecine Charcot-Bouchard est assez bref sur la névralgie qui nous occupe (page 317, tome X) : « Le rhumatisme et le refroidissement, y écrit-on, en sont les causes les plus fréquentes. Les causes spéciales les plus importantes sont la pleurésie diaphragmatique,

les lésions du *foie et de la rate*, la péricardite, les lésions de l'aorte (insuffisance aortique, angine de poitrine). Les douleurs siègent principalement à la base du thorax, surtout au niveau des insertions du diaphragme, sur les cartilages costaux. Les points douloureux se rencontrent dans cette dernière région, dans la région cervicale au devant du scalène et sur les apophyses épineuses des cinq vertèbres cervicales supérieures, la première exceptée. Les douleurs s'irradient souvent dans les branches du plexus cervical (apophyse mastoïde) ou du plexus brachial (douleurs de l'épaule, fourmillement de la main). Tous les mouvements du thorax exagèrent la douleur, de là une gêne considérable de la respiration. »

Les lésions du foie et de la rate provoquent donc ou peuvent provoquer de la névralgie diaphragmatique. Mais si ce fait est admis par tous, on n'avait pas suffisamment montré le rôle générateur du paludisme dans ces névralgies, et on n'avait pas non plus mis en relief le parti que l'on pouvait tirer de ces névralgies pour le diagnostic du paludisme.

Mais un premier point à noter c'est que, en dépit de la fréquence des lésions de la rate et du foie dans le paludisme, la névralgie diaphragmatique est rare dans cette maladie. D'après M. Crespin, qui, depuis douze ans, a l'attention attirée du côté de ce syndrome, on ne rencontre guère que 4 ou 5 paludéens atteints de névralgie diaphragmatique palustre sur 1000 (aigus ou chroniques.)

Il s'agit donc là d'une curiosité pathologique ; en présence d'un malade qui paraît nettement en proie à une névralgie diaphragmatique, ce qui ne laisse pas que d'être dramatique, en raison de la gène respiratoire, quand la névralgie est complète, la première idée est de rechercher la pleurésie ; si on ne trouve pas celle-ci il

faut penser au paludisme, et la chose n'est pas différente au point de vue thérapeutique, comme on l'a vu par les observations rapportées plus haut.

Quant à la pathogénie de la névralgie diaphragmatique palustre, elle se tire de l'examen anatomo-pathologique et clinique de la rate. Sans doute, comme il y a des névralgies véritablement protopathiques du trijumeau dans le paludisme, il peut y avoir des névralgies protopathiques du nerf phrénique, mais celles-ci, on en conviendra, doivent être encore plus rares que celles dont nous retraçons la physionomie, et ne paraissent pas faciles à démontrer. Par contre, les névralgies diaphragmatiques deutéropathiques sont plus aisément vérifiables et plus intéressantes. Les recherches de Claude, dont nous parlions il y a un instant, ont décelé par l'imprégnation au nitrate d'argent les terminaisons du nerf phrénique dans la capsule de la rate et du foie. L'anatomie pathologique, venant corroborer la clinique, a montré qu'il n'y avait pas de douleurs le long du phrénique en cas de rate ou de foie sclérosés, et dont la capsule était devenue inextensible. Dès lors, on comprendra que la névralgie diaphragmatique ne peut s'observer que chez des paludéens dont le foie et la rate ne sont pas sclérosés, qui peuvent encore « faire l'accordéon » comme disait Hanot à propos du foie cardiaque. D'ailleurs la comparaison entre le foie et la rate paludéens et le foie cardiaque est très légitime, puisque avec les progrès de la cirrhose cardiaque, le foie perdra ses propriétés de soupape de sûreté ; Huchard pourra dire en examinant un cardiaque ainsi porteur d'un foie sclérosé : « Le foie n'est malheureusement plus douloureux. » La rate peut donc devenir indolore par malheur au cours du paludisme chronique ou plus exactement au cours de la cachexie cardiaque. Les rameaux phréniques péri-cap-

sulaires et intra-capsulaires du foie et de la rate étouffés par la cirrhose ne transmettront plus une irritation douloureuse le long du tronc nerveux. Il n'y aura donc pas dans ce cas-là d'apparition de névralgie diaphragmatique.

Toute la pathogénie de cette névralgie repose donc sur l'inflammation splénique ou hépatique transmise au tronc du nerf par les rameaux qui se dispersent à la surface de ces deux viscères. C'est une irritation ascendante qui est transmise soit du côté gauche, soit du côté droit.

Mais l'utilité pratique de la constatation des névralgies diaphragmatiques dans le paludisme n'est pas considérable, puisque ces névralgies sont exceptionnellement observées ; ce qui est plus important usuellement, c'est la recherche des points phréniques, et si nous avons donné quelque développement à la pathogénie de la névralgie diaphragmatique, c'était pour en faire découler facilement la pathogénie de ces points phréniques.

En effet, la névralgie diaphragmatique peut n'être qu'ébauchée. On ne constate ni une gène considérable de la respiration, ni le hoquet, ni les troubles cardiaques ; mais en cherchant systématiquement les points de Valleix, on peut les rencontrer, et dans ces cas leur constatation n'est pas indifférente.

Bohn, cité par Manneberg, dit que la tuméfaction splénique est souvent accompagnée de douleurs pongitives qui acquièrent toute leur intensité dans le stade de chaleur, et qui, avec des symptômes accessoires d'origine bronchitique, en imposent pour une pleurésie ou même une pneumonie.

Picot dit de même (*Manuel pratique des Maladies de l'enfance*, Paris, 1889, page 156) : « La tuméfaction de la rate est le phénomène le plus caractéristique de la maladie chez les enfants. Elle provoque parfois des irradia-

tions douloureuses à la base de la poitrine, gêne la respiration et peut simuler une affection de la plèvre ou des poumons .»

Le docteur Sforza pense que la recherche des points phréniques doit entrer dans la séméiologie pratique des affections viscérales (organes thoraciques de même que foie et rate) et c'est au cou que l'on doit faire cette recherche.

Il faut, dit-il, introduire le doigt entre les deux chefs du sterno cléido-mastoïdien, et presser de dedans en dehors, de façon à exciter le nerf phrénique, qui débouche en ce point du scalène antérieur et est séparé seulement du sterno-cléido-mastoïdien par l'épaisseur du muscle omo-hyoïdien.

Sforza a vu la douleur se montrer très nette dans les cas d'insuffisance aortique et mitrale, en pleine crise d'asystolie, et il ajoute que ces douleurs reproduisent la névralgie diaphragmatique, décrite par Peter dans l'ectasie aortique. Dans la pneumonie, les points phréniques existent et durent longtemps, jusqu'à complète résolution de la lésion pulmonaire.

Dans l'accès paludéen, la douleur est réveillée par la pression du point phrénique du côté gauche, et on retrouve cette douleur dans les cas de tuméfaction splénique.

Dans la pleurésie, les abcès sus et sous-phréniques, il est possible de constater la présence des points scalènes.

Sforza pense que les rameaux sous-diaphragmatiques du phrénique ne sont pas tous musculaires, mais que un ou deux descendent dans les piliers du diaphragme, puis vont aux capsules surrénales pour se terminer dans le plexus solaire. On connaissait depuis longtemps d'ailleurs les anastomoses du nerf phrénique avec le plexus

solaire, et à propos de ces anastomoses, M. Crespin nous a fait remarquer que la teinte spéciale des paludéens, parfois si intense et si précoce, ne s'expliquait peut-être pas toujours par de simples dépôts pigmentaires dans l'épiderme, venant succéder à la destruction de l'hémoglobine des hématies, mais nécessitait, pour se produire si hâtivement et si brusquement, des lésions du plexus solaire. Cette opinion serait corroborée par la démonstration faite dans la maladie d'Addison, des lésions du plexus solaire qui conditionneraient un des grands symptômes de cette maladie, la mélanodermie.

Alors inflammation de la rate, névralgie du nerf phrénique avec ses points spéciaux, irritation solaire, mélanodermie reconnaîtraient comme *primum movens* la tuméfaction de la rate.

Quoi qu'il en soit, les recherches de M. Sforza, absolument ignorant des travaux bien antérieurs de M. Crespin, viennent confirmer ces derniers.

Toutefois, nous pensons avec M. Crespin qu'il faut faire état de la constatation des points phréniques surtout dans le paludisme aigu et ne pas leur donner une importance qu'ils n'ont pas. C'est un précepte de sage clinique, que nous ne voudrions pas transgresser.

Ces points douloureux phréniques peuvent se déceler dans les régions indiquées par Guéneau de Mussy, Peter, etc., point splénique (bouton de Guéneau de Mussy), points sternaux, points scalènes, points apophysaires.

En règle habituelle, c'est au cou que l'on fait la recherche : ce sont les points scalènes que l'on doit rendre apparents.

Les paludéens aigus ou chroniques peuvent présenter des points phréniques, mais chez les chroniques, leur existence est tout à fait variable, subissant sans nul doute

les modifications de la rate et du foie, et il n'y a guère à faire fond sur leur présence pour étayer un diagnostic, qui d'ailleurs s'impose la plupart du temps par les commémoratifs et la tuméfaction énorme des viscères. D'ailleurs, les points phréniques se rencontrent dans une foule d'affections chroniques, et Sforza, après Peter, vient de nous le rappeler. Ils ne sont pas d'un grand secours au point de vue de l'investigation clinique dans ces circonstances.

Cependant, il convient de dire que dans le diagnostic parfois si épineux de la tuberculose commençante et du paludisme, ces points peuvent donner une indication profitable. Au sujet des rapports du paludisme et de la tuberculose, que voit-on d'habitude ? Certes, ce n'est pas l'antagonisme dont on a tant parlé et dont Boudin s'est fait le champion aux premiers temps de la conquête algérienne. Tout au contraire, on voit la tuberculose se développer avec prédilection sur un terrain impaludé. Souvent aussi la tuberculose commune débute par un malaise général avec accès de fièvre ressemblant beaucoup aux accès paludéens. Il faudra alors ausculter minutieusement son malade en se souvenant des règles de Grancher. Mais on saura aussi que dans le paludisme il peut y avoir des congestions des sommets, surtout du sommet droit, qui simulent la congestion tuberculeuse (pneumo-paludisme de Brun). D'autre part, tous les paludéens toussent pendant les accès et beaucoup voient s'installer des bronchites subaiguës ou chroniques qui en imposent pour des manifestations tuberculeuses. Avant la période d'expectoration, il ne faut pas compter sur le crachat pour rechercher le bacille. Enfin la tuméfaction de la rate, plus marquée dans le paludisme que dans la tuberculose, peut absolument manquer dans le paludisme au moins pen-

dant un certain temps : il n'y a pas de règles à cet égard. Par contre, l'inflammation de la rate, qui existe même sans tuméfaction, se traduit, au cours du paludisme, au cours de l'accès, par l'apparition des divers points phréniques douloureux, surtout des scalènes, et ce signe manquant dans la tuberculose, a donc une importance indéniable.

Dans le groupes des affections aiguës, leur utilité est surtout évidente. Les points phréniques, les points scalènes peuvent, à vrai dire, se rencontrer dans des affections aiguës thoraciques : la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, comme dans le paludisme. Mais ces affections sont très faciles à éliminer puisqu'elles ont des signes propres dont la recherche est facile. Tout au plus peut-on avoir quelque hésitation dans les cas de pleurésie diaphragmatique, car l'épanchement n'est pas toujours facile à dépister ; mais dans la pleurésie diaphragmatique, il y a généralement des crises violentes de névralgie phrénique, dont on a vu la rareté dans le paludisme, et les caractères de la fièvre dans cette dernière maladie, si voilés soient-ils, ne ressemblent guère à la courbe thermique de la pleurésie. Du reste, si les points phréniques dans ces cas ne peuvent absolument trancher le diagnostic, ils l'aiguillent dans une direction et, comme on le répète si souvent, penser à une maladie, c'est être assuré de ne pas la méconnaître.

D'autre part, quelles sont les affections aiguës du foie et de la rate qui sont susceptibles de provoquer les points douloureux phréniques, les scalènes plus particulièrement ? En dehors du paludisme aigu, il n'y en a guère.

L'ictère grave ou bénin ne donne pas lieu à ce signe clinique. C'est du moins ce que nous avons constaté récemment.

Les abcès du foie, les kystes hydatiques suppurés, la

péritonite sous-hépatique (Tripier et Parot) ne paraissent pas non plus donner lieu au signe que nous mettons en valeur. Il semble, en effet, qu'une irritation partielle du foie ou de la rate ne suffit pas pour provoquer, soit la névralgie phrénique, soit la douleur au niveau de certains points du nerf. Pour que semblable effet soit obtenu il faut, semble-t-il, que ces viscères abdominaux soient irrités ou enflammés dans leur ensemble, et que cette irritation ou inflammation atteigne la capsule, puisque, nous l'avons vu, les rameaux du nerf ne pénètrent pas dans les travées glandulaires et s'arrêtent à la périphérie des organes.

Mais j'ai hâte d'arriver aux cas dans lesquels la recherche des points phréniques douloureux rend les plus grands services. C'est quand on se trouve en présence d'un malade atteint d'une affection fébrile, sans localisation nette, forçant immédiatement l'attention, ou avec des localisations qui peuvent rétrécir le champ du diagnostic, mais ne le fixe pas sur une maladie précise.

Ces cas sont nombreux. Etudions-en quelques-uns.

La fièvre typhoïde. — On s'inquiète sans savoir si la fièvre a débuté insidieusement après quelques semaines de malaise, d'embarras gastrique, si la fièvre est continue, sans transpirations abondantes. Mais ces signes ne sont pas bien nets, et en pays paludéen ils sont souvent illusoires. En effet, les médecins militaires algériens ont démontré depuis longtemps que la fièvre typhoïde des pays chauds était plus rémittente que continue, et les travaux de M. Crespin ont fixé ce point d'une manière complète en faisant voir qu'en Algérie comme ailleurs, mais plus fréquemment en Algérie qu'ailleurs, la fièvre typhoïde peut se jeter avec prédilection sur le foie, au point de modifier absolument la physionomie de la maladie. Il s'agi-

rait, dans ces cas-là, de fièvre typhoïde à forme hépatique, forme dont le professeur Roger a publié deux cas en France (*Presse Médicale*, mars 1900). Dans cette forme, il peut y avoir début par des accès intermittents, qui sont même plus ou moins influencés par la quinine, sans qu'il y ait à faire intervenir le paludisme. De plus ces accès sont suivis de transpiration abondante, signe dont l'absence est si importante pour le diagnostic, et ces transpirations peuvent persister dans tout le cours de la maladie, alors que la température peut s'abaisser d'une manière insolite, sans hémorragie intestinale, sans perforation.

Dès lors, comment se faire une conviction, puisque le paludisme revêt la plupart du temps cette symptomatologie? Sans doute on peut rencontrer un signe sur lequel Hanot insistait à juste titre et qui a une grosse importance diagnostique, c'est la discordance du pouls et de la température, le pouls étant relativement lent par rapport à la température. Mais si ce signe manque, l'existence des points phréniques douloureux peut fixer notre diagnostic, car on ne les rencontre pas dans la fièvre typhoïde et il restera seulement la difficulté de trancher le cas d'une association possible entre la fièvre typhoïde et la malaria (typho-malaria), ce qui se fera par l'analyse minutieuse de tous les symptômes, et surtout par l'évolution de la maladie.

Le typhus exanthématique, qui règne endémiquement en beaucoup de points de l'Algérie, peut très bien faire croire au paludisme, et inversement. Je donne en fin de ce travail trois observations absolument démonstratives ; dans les deux premières, la présence des points phréniques douloureux a été corroborée par la constatation d'une mononucléose marquée dans le sang, dans la troi-

sième (cas de typhus) l'absence de ces mêmes points phréniques douloureux chez un paludéen d'ancienne date avec adjonction des autres signes du typhus fit pencher le diagnostic du côté de cette dernière maladie. Mais, dans ces trois cas, il y avait eu erreur de la part de cliniciens consommés, qui avaient envoyé les deux premiers malades à l'hôpital des contagieux sous l'étiquette : « typhus exanthématique » et le dernier à l'hôpital général sous l'étiquette « paludisme »... Dans les deux premier cas, outre une fièvre intense, qu'on n'avait pas eu le temps d'analyser à vrai dire, il y avait une éruption, qui donnait l'impression de pétéchies. En réalité, il s'agissait d'urticaire au cours d'une fièvre continue paludéenne. Sans doute, si l'éruption avait été vue lors de son apparition, l'erreur aurait été évitée, car l'œdème central des plaques urticariennes ne saurait passer inaperçu. Mais cet aspect caractéristique de l'urticaire est fugace, de même que les démangeaisons, et le lendemain de l'éruption, ou seulement quelques heures après son début, il ne reste que des taches rouges, s'effaçant plus ou moins bien sous les doigts, et ressemblent aux taches rubéoliformes des premiers jours du typhus, ou même aux pétéchies, qui, d'ordinaire plus tardives, peuvent être cependant fort précoces.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un malade, ancien paludéen, qui tous les ans présentait de violents accès de fièvre, et avait été envoyé à l'hôpital sous le diagnostic de paludisme, avec une fièvre élevée. Dans le typhus, il n'y a généralemeat pas de sueurs ; la chaleur de la peau est mordicante, mais c'est une chaleur sèche. L'éruption avait probablement été prise pour une éruption urticarienne au cours d'un accès palustre, ce qui est loin d'être rare. On pourra objecter, à propos de cette obser-

vation, que notre malade était peut-être atteint de paludisme et de typhus ; qu'il s'agissait, en d'autres termes, de ces fièvres proportionnées que Forti d'abord, Keloch et Kiener ensuite ont si bien décrites et analysées. Cette objection serait facilement réfutée parce que, d'une part, l'hématozoaire ne fut pas rencontré dans le sang de ce malade, et que la formule leucocytaire fut une polynucléose, comme dans la plupart des maladies infectieuses, et parce que, d'autre part, la guérison s'effectua au quinzième jour, sans administration de quinine ; cette évolution était celle d'un typhus et non pas celle d'accès palustres non traités. Sans doute, les paludéens peuvent à l'occasion de maladies quelconques, de grippe, de pneumonie, etc., présenter au cours de ces maladies des symptômes rappelant plus ou moins ceux des accès paludéens (frissons, sueurs notamment), mais il ne s'ensuit pas qu'il s'agisse toujours de maladies proportionnées, d'associations morbides. L'hématozoaire n'est pas toujours en cause dans ces circonstances. Le terrain paludéen, impressionné antérieurement d'une certaine façon par le paludisme agissant spécifiquement, réagit de la même façon plus tard sous l'influence d'une maladie quelconque agissant non spécifiquement. Un typhique non paludéen n'aura pas de sueurs au cours de son typhus; un typhique paludéen en aura, sans qu'il y ait association morbide avec le paludisme. M. Crespin propose de réunir des cas, assez nombreux, sous le nom de « Parapaludisme », terme employé pour la première fois par M. Le Dantec, qui a rangé la fièvre bilieuse hémoglobinurique et la maladie de Raynaud au nombre des affections parapaludéennes. D'après M. Crespin, le parapaludisme aurait son domaine plus étendu que ne le veut M. Le Dantec, en même temps que le terme serait précisé.

La grippe trompe fréquemment le clinicien, quand les symptômes caractéristiques du début (céphalalgie, coryza, asthénie) manquent et quand la fièvre est rémittente ou même intermittente. En pays paludéens, on songe au paludisme, et si l'on donne de la quinine, excellent médicament, on ne la donne pas comme il faudrait la donner dans le paludisme. Les points phréniques douloureux au cou feront pencher le diagnostic du côté de la malaria, à moins qu'il n'y ait des déterminations grippales sur le poumon ou la plèvre ; mais dans ces cas le diagnostic est facile. Une simple bronchite, comme il en existe souvent dans la grippe et le paludisme, ne suffit pas pour provoquer l'apparition des points phréniques, alors qu'une pneumonie ou une pleurésie les provoquent à coup sûr. C'est la tuméfaction splénique ou hépatique qui est à l'origine de ces points douloureux sur le cours du phrénique.

La fièvre de Malte ou fièvre méditerranéenne, assez commune en Algérie (travaux de MM. les professeurs Brault, Gillot, Lemaire), ressemble surtout à la fièvre typhoïde, dont elle se distingue seulement à l'aide du séro-diagnostic (agglutination du microbe du procédé de Whright). Elle peut également simuler la fièvre paludéenne, mais seulement au début, et bien que nous n'ayons pas d'observations à cet égard, il est probable que les points phréniques n'existent pas plus dans cette maladie que dans la fièvre typhoïde.

Les fièvres éruptives, avant l'éruption, peuvent en imposer pour toute autre maladie fébrile, pour la fièvre typhoïde, pour une atteinte palustre. Sans doute, la variole débute brusquement avec une céphalalgie violente, de la rachialgie, des sueurs, des vomissements, du

délire ; mais combien de paludéens ne présentent-ils pas ces symptômes, qui sont, en somme, banaux, acquérant seulement de l'importance en temps d'épidémie? Sans doute, la scarlatine, assez polymorphe dans physionomie clinique, débute souvent par une angine blanche, des vomissements énormes (Trousseau) ; mais il peut y avoir des déterminations pharyngées dans le paludisme, avec des vomissements intenses, et, de plus, l'angine blanche de la scarlatine peut faire complètement défaut. Sans doute, la rougeole s'annonce par un catarrhe oculo nasal avec signes de bronchite généralisée ; mais n'avons nous pas vu, il y a un instant, que l'urticaire palustre peut, quelque temps après son apparition, laisser des traces qui ressemblent aux taches morbilleuses. Du reste, dans le paludisme, la bronchite peut être généralisée, quoiqu'elle soit le plus souvent localisée aux bases.

Plusieurs fois à El-Kettar (service des contagieux), nous avons fait état de la présence ou de l'absence des points phréniques pour nous orienter du côté de telle ou telle maladie.

La granulie se caractérise par un état typhique plus ou moins marqué, une fièvre assez irrégulière, des sueurs copieuses, une dyspnée intense. L'hésitation sera de courte durée ; mais au début, en milieu paludéen, on devra éliminer le paludisme, car la dyspnée, phénomène bien caractéristique de la granulie, peut aussi se rencontrer dans les accès palustres surtout chez les névropathes. Les points phréniques ne se présentent pas dans la granulie, à moins de déterminations pulmonaires importantes, et alors le diagnostic s'impose.

En somme, répétons ce qui a déjà été dit, que dans tous les cas de fièvre plus ou moins bien déterminés, sans localisation forçant immédiatement l'attention, la recher-

che des points phréniques au niveau des scalènes notamment peut rendre de grands services, en permettant d'éliminer ou de retenir le paludisme parmi les causes de la fièvre.

Ces points phréniques sont d'ailleurs en rapport avec l'accès palustre. Ils acquièrent leur maximun d'intensité pendant la durée de l'élévation thermique, diminuent pendant l'apyrexie, pour reparaître dans un nouvel accès. Chez un paludéen qui a eu récemment des accès, il faut prévoir une nouvelle atteinte, une rechute, si les points phréniques s'accentuent. C'est dire que le traitement a été insuffisant et qu'il faut forcer les doses ou répéter celles-ci. Au contraire, quand, dans les mêmes circonstances, les points phréniques ont disparu, c'est que le paludisme est vraissemblablement jugulé pour une longue période, et c'est inutile de donner au malade de nouvelles doses de quinine. Les idées pathogéniques que nous avons développées plus haut expliquait suffisamment tous ces faits.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous ne voulons pas allonger indéfiniment ce chapitre ; nous nous contenterons de choisir parmi nos observations celles qui sont les plus caractéristiques, et nous donnerons seulement un résumé de ces observations, qui ne gagneraient pas d'ailleurs à être reproduites intégralement, puisque nous voulons simplement mettre en relief un point spécial.

Observation Première

Fièvre typhoïde au cinquième jour; peu de symptômes, mais absence de points phréniques

A...., 30 ans, a séjourné à Isserville, pays fiévreux, pendant trois mois, en juin, juillet, août 1903. Entré à l'ambulance d'El-Kettar le 25 septembre 1903 avec une température de 40°. Il est malade depuis cinq jours, et sa mère nous dit qu'il a assez souvent des frissons avec des sueurs assez abondantes. L'hypocondre droit est douloureux ; le pouls est à 110, par conséquent à peu près en concordance avec l'élévation thermique. Il n'y a pas de diarrhée, mais de la céphalalgie et un délire tranquille, avec quelques râles sibilants et ronflants disséminés dans

les deux poumons. Les points phréniques font défaut ; la rate n'est pas tuméfiée. Le diagnostic de fièvre typhoïde est confirmé par la suite. Le malade qui guérit avait été soumis aux bains froids dès son entrée, en raison de l'absence desdits points phréniques. Il guérit.

Observation II

Accès palustres durant depuis sept jours et offrant de faibles rémissions. Symptômes typhiques accentués, mais points phréniques au cou

E... J., 25 ans, n'a jamais quitté Alger, où elle est domestique. Est atteinte depuis 7 jours d'une fièvre qu'on n'a pas mesurée avec le thermomètre, mais qui, au dire de l'entourage, est continue, avec une légère rémission dans la matinée. Il y a un état typhique prononcé, et les sueurs qui se montrent dans la matinée disparaissent très rapidement. En même temps qu'apparaissent ces accès, une diarrhée copieuse s'installe. Il y a de la douleur dans la fosse iliaque droite et une douleur occipitale très marquée. On constate au cou l'existence de points phréniques extrêmement douloureux. Cette constatation incline le diagnostic du côté du paludisme, mais on reste dans l'expectation jusqu'au lendemain 8 heures. Les températures avaient été :

3 novembre 1904. — 8 heures du soir, 40°5.

4 novembre 1904. — 6 heures du matin, 39°5. — 8 heures, 39°4. — 2 heures soir, 39°. — 5 heures, 40°.

5 novembre 1904. — 6 heures du matin, 39°.

Bien qu'il n'y eût pas d'autres symptômes plus démonstratifs, on fait une injection de bichlorhydrate de quinine (2 grammes) à 8 heures du matin et l'on constate qu'à 5 heures

du soir la température s'est abaissée à 38° ; le lendemain (6 novembre), la température devient normale. Il y eut quelques rechutes, sous forme d'accès paludéens simples, intermittents et non plus rémittents.

Observation III

Accès palustres avec éruption urticarienne ; envoyé à El-Kettar sous le diagnostic de typhus exanthématique. — Points phréniques au cou — Mononucléose dans le sang.

X..., 40 ans, journalier, atteint de fièvre avec délire et irruption morbilliforme depuis deux jours, entre à l'ambulance d'El-Kettar le 6 janvier 1904. Il présente du coryza, de l'injection des conjonctives, de la constipation, et le diagnostic paraît justifié ; la température est de 39° 9 et le pouls bat à raison de 120 pulsations par minute. On note l'existence de points phréniques au cou, et l'on réserve le diagnostic en raison de ces points. La balnéation froide est appliquée à ce malade, et le lendemain la température est normale. Pendant quelques jours, le malade, laissé sans traitement, eut quelques accès de fièvre, tous caractérisés par l'apparition d'un urticaire qui perdait vite ses caractères, et l'on vint à bout facilement de ces accès par le traitement spécifique (quinine). On constata d'ailleurs des mononucléaires en abondance dans le sang périphérique.

Observation IV

Accès palustres avec éruption urticarienne ; envoyé à El-Kettar sous le diagnostic de typhus exanthématique. — Points phréniques au cou. — Mononucléose dans le sang. (Observation ayant beaucoup de rapports avec la précédente.)

B... C.., 16 ans, employé, entre à l'ambulance d'El-Kettar[1] le 5 juillet 1905 sous le diagnostic de typhus exanthématique. Il est malade depuis la veille ; la fièvre est intense (40°2) et depuis vingt-quatre heures paraît s'être maintenue très élevée. Il n'a eu ni frissons ni transpirations et porte sur le corps de larges plaques rouges qui sont particulièrement abondantes à la face. Constipation et délire. En dehors des points phréniques constatés au cou, on apprend que le jeune homme avait été à la pêche ou à la chasse sur les bords de l'Harrach 8 ou 10 jours auparavant. On ne donne pas le traitement spécifique au malade et le lendemain de l'entrée on constate la chute complète de la fièvre, qui reparaît le soir avec une éruption urticarienne des plus nettes. Dans le sang du malade on constate de la mononucléose. Sous l'influence de la quinine, la guérison survint rapidement.

Observation V

Typhus exanthématique avec éruption morbilliforme chez un ancien paludéen.— Pas de points phréniques.— Polynucléose dans le sang.

N... D.., étudiant en droit. 28 ans, était à Tlemcen il y a 15 jours. Il fut envoyé à l'ambulance d'El-Kettar avec le diagnostic de « fièvre éruptive suspecte, peut-être

malaria » le 7 décembre 1906. Fièvre intense (40°5), pouls fréquent (125), délire, transpirations abondantes; ni diarrhée, ni constipation. Une éruption morbilliforme couvre tout le corps. Tous les ans, N.. D... avait des accès de fièvre palustre, et sa famille le croyait atteint par des accès de cette nature, quand il tomba brusquement malade le 5 décembre. L'absence des points phréniques au cou fait écarter le diagnostic de paludisme, et l'on soigne le typhus par les bains froids, les injections de collargol, etc. La guérison se produisit normalement le quinzième jour de la maladie et fut définitive. Dans le sang de ce malade, et dès le premier jour, on avait constaté de la polynucléose. Des recherches hématologiques faites récemment dans le typhus ont démontré que si dans cette maladie il y avait de la polynucléose dans les premiers jours, on ne tardait pas à voir apparaître de la mononucléose.

Observation VI

Accès palustres simulant une invasion de variole chez un individu non revacciné et en temps d'épidémie. — Points phréniques.

H... J..., 42 ans, journalier, entré à l'ambulance d'El Kettar le 5 décembre 1904. Il est malade depuis trois jours et souffre d'une violente céphalalgie accompagnée de douleurs gastriques, de vomissements et de rachialgie. Il y a des sueurs abondantes. Il est envoyé à l'ambulance avec le diagnostic de variole, diagnostic qui semble d'autant plus légitime que H. J... habite un quartier où les cas de variole sont nombreux depuis quelques jours. Dès son entrée, on recherche avec soin, principalement sur les muqueuses, s'il n'y a pas de traces d'éruption ; cette recherche est infructueuse. Par contre, on trouve les

points phréniques douloureux au complet (Guéneau de Mussy, sternaux, scalènes, apophysaires). La rate et le foie ne sont pas perceptibles à la palpation et les points phréniques n'existent pas à droite. En analysant la courbe thermique, on vit dès le lendemain qu'il s'agissait d'une fièvre rémittente, et le diagnostic de paludisme qui avait été envisagé dès le premier jour fut confirmé par l'évolution et le traitement. Le malade, qui ne put parler pendant 48 heures, raconta que quinze jours avant son entrée il avait travaillé du côté de Montebello, pays notoirement fiévreux.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic du paludisme aigu est parfois fort difficile ; toutes les maladies fébriles sans localisation organique flagrante sont souvent confondues avec la malaria, et l'examen du sang, d'une technique assez délicate, n'est pas toujours possible.

2° Ainsi la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la grippe, la fièvre de Malte, les fièvres éruptives (avant l'éruption), la granulie et d'autres maladies fébriles plus ou moins bien déterminées, ne se distinguent pas toujours aisément du paludisme.

3° Aussi est-il légitime de recourir au plus grand nombre de signes cliniques, susceptibles de fortifier ce diagnostic.

4° Parmi ces signes, il convient de placer la constatation des points phréniques douloureux, correspondant aux points où le nerf devient superficiel (bouton de Guéneau de Mussy, points scalènes, points sternaux, points apophysaires).

5° Ce sont les points scalènes qui paraissent les plus constants et les plus faciles à déceler. Ils ne manquent pour ainsi dire jamais dans les atteintes du paludisme aigu.

6° La douleur provoquée au niveau de ces points est en rapport avec la tuméfaction d'origine palustre de la rate et du foie, lors même que cette tuméfaction n'est pas cliniquement apparente. Elle s'explique par la propagation au tronc du nerf de l'irritation ou de l'inflammation de ce viscère (rate et foie).

7° Ces points apparaissent dans l'accès, s'atténuent pendant l'apyrexie, mais ne disparaissent vraiment qu'avec la jugulation de l'atteinte palustre. Ils indiquent donc la possibilité ou l'imminence de la rechute, et leur disparition annonce la complète guérison.

8° Ces points sont les équivalents atténués de névralgies diaphragmatiques palustres (Crespin-Claude), manifestations rares, mais intéressantes du paludisme.

9° Ces points, comme les névralgies, existent à gauche ou à droite, mais paraissent plus fréquents à gauche (tuméfaction splénique).

10° Ces points, à peu près constants dans l'accès palustre, manquent dans les maladies fébriles sus-énoncées, à moins de grosses déterminations pulmonaires ou pleurales de ces maladies, cas dans lesquels le diagnostic est simple.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 février 1908
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 février 1908
P^r le Doyen
L'Assesseur délégué,
SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !